

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1265

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Charles-Eugène DOUAY

Né le 1^{er} Février 1912, à PARIS (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'étude
des fibromes du col utérin
spécialement
dans la portion vaginale du col

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

1869

1869

REPORT OF THE

COMMISSIONERS OF THE
LAND OFFICE

FOR THE YEAR 1869

IN RESPONSE TO A RESOLUTION OF THE

LEGISLATURE

PASSED JANUARY 13, 1869

ALBANY: J. B. LEECH, 1869.

1869

PRINTED BY J. B. LEECH, ALBANY.

1869

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N° _____
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Charles-Eugène DOUAY

Né le 1^{er} Février 1912, à PARIS (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'étude
des fibromes du col utérin
spécialement
dans la portion vaginale du col

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

i. — Professeurs

Anatomie	.....
Physiologie	.....
Physique médicale	.....
Chimie médicale	.....
Bactériologie	.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale	.....
Pathologie médicale et générale	.....
Pathologie médicale	.....
Pathologie chirurgicale	.....
Anatomie pathologique	.....
Histologie	.....
Pharmacologie et matière médicale	.....
Thérapeutique	.....
Hygiène et médecine préventive	.....
Médecine légale	.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	.....
Pathologie expérimentale et comparée	.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie	.....
Clinique médicale	.....
Hygiène et clinique de la pr	.....
Clinique des maladies des en	.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	.....
Clinique des maladies du système nerveux	.....
Clinique des maladies infectieuses	.....
Clinique chirurgicale	.....
Clinique ophtalmologique	.....
Clinique urologique	.....
Clinique d'accouchements	.....
Clinique gynécologique	.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....
Clinique thérapeutique médicale	.....
Clinique oto-rhino-laryngologique	.....
Clinique thérapeutique chirurgicale	.....
Clinique propédeutique	.....
Clinique de la Tuberculose	.....
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	.....
Clinique de neuro-chirurgie	.....
Clinique cardiologie	.....
Assistance médico-sociale	.....

Professeurs sans chaire

MM.
BOUVIERE
Leon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBOULLET
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
CHEVASSU.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
TROISIER
MATHIEU.
Clovis VINCENT.
LAUBRY.

MM.
HAZARD.
HOVELACQUE
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE



ii. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	 Pathologie chirurgicale.
BARIETY	 Pathologie médicale.
BERNARD Henri	 Pathologie médicale.
BERNARD EL.	 Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	 Hydrologie.
BOULIN	 Pathologie médicale.
BULLIARD	 Histologie.
CATHALA	 Pathologie médicale.
COSTE	 Pathologie médicale.
CHEVALLIER	 Pathologie médicale.
DOGNON	 Physique
FUNCK-	 Pathologie chirurgicale.
FEY	 Urologie.
GAILLARD	 Parasitologie.
GASTINEL	 Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	.....
D'ALLAINES	 Pathologie chirurgicale.
GAYET	 Physiologie.
DE GENNES	 Pathologie médicale.
GIROUD	 Histologie.
HAGUENAU	 Pathologie médicale.
HALPHEN	 Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	 Anatomie pathologique.
JOANNON	 Hygiène.
LACOMME	 Obstétrique.
LANTUEJOUL	 Obstétrique.
LAROCHE Guy.	 Pathologie médicale.
LAVIER	 Parasitologie.
LELONG	 Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{me} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT ..	
SEZARY	

MM	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER ...	

V. — Charges de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

Monsieur le Docteur EUGÈNE DOUAY

Ancien Chef des Travaux Gynécologiques à la Faculté

*Mon meilleur Maître et mon meilleur
exemple en toutes choses.*

A MON BEAU-PERE

Monsieur JACQUES LEMARCHAND

A MON FRERE

Docteur ABEL DOUAY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Mon conseiller et mon ami.

A MA FEMME

Ma compagne.

A MA FILLE

A MON FILS MICHEL

Décédé au début de cette guerre.

A MES AMIS

A TOUS LES MIENS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique

Qui m'a fait un grand honneur en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur JEAN-LOUIS FAURE
et son Assistant le Docteur E. DOUAY

Mes premiers Maîtres en gynécologie.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

Le Professeur CARNOT.

Le Professeur LENORMANT.

Le Professeur agrégé PAUL MOURE.

Le Docteur HALBRON, Médecin des Hôpitaux.

Le Docteur LÉON TIXIER, Médecin des Hôpitaux.

EXTERNAT

Le Docteur CLEISZ, Accoucheur des Hôpitaux.

Le Docteur GERNEZ, Chirurgien des Hôpitaux (*in memoriam*).

Le Professeur agrégé MOULONGUET-DOLERIS.

Le Docteur HUBER, Médecin des Hôpitaux.

Le Docteur FLANDIN, Médecin des Hôpitaux.

Le Docteur ANDRÉ JACQUELIN, Médecin des Hôpitaux.

Le Docteur TURIAT, Chef de Clinique des Hôpitaux.

INTRODUCTION

Au début de l'année, nous avons eu l'occasion d'assister à une opération d'hystérectomie pour fibrome du col de la grosseur d'une tête d'enfant développé dans la cavité du vagin. Il s'agissait d'une vieille fille de 45 ans, qui pesait le poids respectable de 125 kilos.

Cette observation m'a paru suffisamment intéressante pour servir de sujet de thèse, d'autant plus que la localisation cervicale des fibromes utérins n'a pas donné lieu à une étude d'ensemble dans les traités classiques.

Le fibromyome utérin, qu'on a l'habitude de dénommer plus simplement fibrome utérin, se développe habituellement sur le corps de l'utérus ; la localisation sur le col est beaucoup rare.

D'après le travail de RAYNAL (thèse de Montpellier, 1938), on trouve dans la littérature 112 cas signalés par COURTY jusqu'en 1932 et de 1932 à 1938, 6 nouveaux cas. Nous en apportons deux nouveaux cas inédits, ce qui porterait la totalité des cas publiés dans la littérature française à 120 cas.

Rappelons que le fibrome peut également se développer au voisinage de l'utérus dans la paroi du vagin, sur les ligaments ronds, dans l'épaisseur du ligament large, dans les ligaments utéro-sacrés, dans la cloison recto-vaginale, parfois dans la cavité péritonéale et spécialement dans le cul-de-sac de Douglas, fibrome libre ayant perdu toute connexion vasculaire et vivant par osmose dans la séreuse péritonéale.

La localisation sur le col qui nous intéresse spécialement n'est pas exceptionnelle, mais il est rare que la lésion cervicale constitue toute la maladie. Le plus souvent, au cours d'une fibromatose utérine, on rencontre un noyau enchâssé dans le col, ce qui oblige l'opérateur à pratiquer une hystérectomie totale, ou encore de faire dans le col restant après l'hystérectomie subtotal, une myomectomie sur le noyau cervical, ou encore un évidement du col pour enlever avec la muqueuse cervicale, le noyau fibromateux intra-cervical. Ces associations fibromes du corps et

fibromes du col n'ont qu'un intérêt secondaire. Il n'en est pas de même du fibrome unique, développé seulement dans l'épaisseur du col.

Suivant le siège du noyau fibromateux, on peut observer plusieurs variétés anatomo-cliniques.

Le col présente deux parties distinctes séparées par l'insertion du vagin sur son pourtour. Au-dessous de cette insertion, c'est la partie vaginale du col, connue des anciens anatomistes sous le nom de museau de tanche. Au-dessus de cette insertion, c'est la partie sus-vaginale du col.

L'insertion vaginale sur le col est légèrement oblique en bas et en avant. Cette implantation est large, la paroi musculaire du vagin s'étalant de haut en bas au moment où l'insertion se fait. La continuité des deux organes est tout à fait intime, ce qui est expliqué par l'embryologie : utérus et vagin provenant du même canal de Müller.

Cette largeur d'insertion fait comprendre qu'un fibrome se développant sur le col au niveau de l'insertion vaginale puisse s'engager dans l'épaisseur de la paroi vaginale et donner l'impression d'une tumeur du vagin.

Rappelons à ce sujet l'observation de MM. DELANNOY et DEMAREZ (1). Le fibrome de la grosseur d'une

(1) DELANNOY et DEMAREZ. *Bulletin Soc. Obst. et Gyn.*, n° 8, octobre 1935, p. 504 : Fibrome sous-isthmique du vagin au cours de la grossesse. Myomectomie. Accouchement normal.

orange était enclavé au fond du Douglas, repoussant l'utérus gravide de deux mois et demi en haut et en avant. Au cours de la laparotomie et de la myomectomie, le chirurgien ne vit aucune attache du fibrome à la face postérieure de l'utérus, mais les premières attaches étaient fixées au col, au niveau de l'insertion du vagin. La tumeur bien médiane était en grande partie dans l'épaisseur de la paroi vaginale et faisait saillie dans le vagin : le doigt contournant la masse en avant atteignait le col dont la partie vaginale était indemne.

Dans deux observations de KELLER (2), le fibrome parti du col se développa dans la cloison recto-vaginale. Dans la première observation, il s'agissait de fibromes utérins multiples étagés : hystérectomie, il fallut en dernier lieu pratiquer l'exérèse du dernier noyau inclus profondément dans le bassin entre le rectum et le vagin. Dans la seconde observation, le noyau pelvien s'accrut brusquement au cours de la grossesse : après césarienne, hystérectomie : il fallut fendre la paroi postérieure du vagin pour dégager le noyau inclus dans la cloison recto-vaginale.

L'auteur insiste sur les difficultés opératoires de l'extirpation secondaire de ces fibromes à point de départ cervical.

(2) KELLER. Fibrome à point de départ cervical développé vers le plancher pelvien (*Soc. de Gyn. de Strasbourg*, séance du 2 décembre 1933).

A. — LA PORTION SUS-VAGINALE DU COL doit être étudiée en avant, en arrière et sur les côtés.

a) EN AVANT. — La portion sus-vaginale du col présente une surface importante haute de deux centimètres environ, en rapport direct avec la vessie au niveau de son bas-fond. Le cul-de-sac péritonéal antérieur ou vésico-utérin ne descend pas plus bas que l'isthme, adhérant fortement à la face antérieure du corps de l'utérus à ce niveau, au contraire sans adhérer avec la vessie : de sorte que l'incision par voie abdominale du fond du cul-de-sac péritonéal permet de pénétrer facilement dans un espace décollable vésico-cervical : espace qui plus bas se continue entre le vagin et la vessie, dans la cloison vésico-vaginale. Ce décollement de la vessie est utilisé en chirurgie dans l'hystérectomie totale et surtout dans l'opération de Wertheim.

Quand un fibrome du col se développe au niveau de cette portion vésico-cervicale, il s'avance vers la vessie en la repoussant, formant une saillie visible par endoscopie, soulevant le bas-fonds vésical. Signalons à ce sujet la communication de LAVENANT à la Société des Hôpitaux de Paris, du 20 mars 1931, dans laquelle un fibrome développé sur la face antérieure du col auquel il restait attaché par son pédicule, avait soulevé la paroi vésicale en s'en coiffant, faisant croire à un fibrome de la vessie.

Ces fibromes antérieurs de l'espace vésico-cervical donnent lieu à des troubles urinaires. Dans notre ob-

servation n° 4, un fibrome de la face antérieure du col développé dans l'espace vésico-utérin avait donné lieu à des hématuries.

Ce fibrome fut enlevé par voie haute, myomectomie après incision du cul-de-sac vésico-utérin : les hématuries disparurent définitivement deux mois après l'opération.

Les troubles urinaires ont été spécialement étudiés par MOURGUES, MOLLES et FAYOT dans leur article « Fibromes du col de l'utérus et rétention d'urine » (*Arch. Soc. des Sciences Médicales et biologie de Montpellier*, janvier 1929, page 38).

Le fibrome antérieur du col dans sa portion sus-vaginale peut descendre plus bas dans l'espace vésico-vaginal en le dédoublant, formant une tumeur paraissant faire partie de la paroi antérieure du vagin. Le fait a été signalé dans la thèse de RAYNAL : dans ce cas, l'urèthre était comprimé par la tumeur repoussant aussi la vessie vers le pubis, ce qui se traduit par de la dysurie et de la rétention d'urine.

b) EN ARRIÈRE. — Dans son segment postérieur la portion sus-vaginale du col est en rapport direct avec la cavité péritonéale du cul-de-sac de Douglas, au-dessous de l'insertion des ligaments utéro-sacrés. Le péritoine, en effet, après avoir tapissé la face postérieure de l'utérus, arrive au niveau de l'isthme, au niveau de l'insertion des ligaments utéro-sacrés, puis il descend sur un centimètre à un centimètre et demi sur la face postérieure du col, atteint l'insertion du

vagin et continue à descendre sur la face postérieure du vagin sur deux centimètres, avant de se réfléchir sur le rectum. Ces rapports sont très importants à connaître pour le chirurgien qui peut avoir ainsi accès par ponction du Douglas ou par l'incision de la colpotomie sur les collections du cul-de-sac péritonéal postérieur.

Pour ce qui nous intéresse, le développement d'un fibrome au niveau du col dans son segment sus-vaginal donne lieu à un fibrome sous-séreux, plus ou moins pédiculé, développé dans le fond du Douglas, il repousse facilement le rectum en arrière au travers de la séreuse, et ne devient gênant qu'en s'enclavant dans le pelvis. La symptomatologie est analogue à celle du fibrome utérin postérieur, implanté sur la face postérieure du corps utérin.

Ces fibromes postérieurs du col ont surtout un intérêt clinique du point de vue diagnostic, pouvant simuler la rétro-flexion, les tumeurs solides de l'ovaire prolabé, l'endométrium du Douglas.

c) LATÉRALEMENT. — La partie sus-vaginale du col dans ses segments latéraux, correspond à la base des ligaments larges. Dans cette région anatomique très importante se fait, à environ deux centimètres du col, le croisement de l'uretère et de l'artère utérine, celle-ci passant au-dessus de l'uretère pour se diriger transversalement vers le bord latéral du col, en donnant ses branches cervicales avant de remonter le long du corps utérin; de grosses veines accompagnent les ar-

tères. Au-dessous de l'uretère, et parallèlement, descend l'artère vaginale longue venant ordinairement de l'hémoroïdale moyenne. L'artère est accompagnée du pédicule veineux sous-urétérique.

Les lymphatiques du col et de la partie voisine du corps se groupe dans le paramètre avec quelquefois un relais ganglionnaire signalé par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Enfin, le sympathique donne lieu à des masses ganglionnaires avec l'important ganglion de FRANKENHAUSER qui forment une partie du plexus hypogastrique inférieur.

Lorsqu'un fibrome de la portion sus-vaginale du col se développe sur ses parties latérales, il refoule les organes, ordinairement sans les comprimer, mais en modifiant leurs rapports de telle façon que l'exérèse chirurgicale de ces fibromes de la base du ligament large sont sujettes à de grandes difficultés et que le mieux est d'inciser prudemment leur coque, jusqu'au contact du tissu myomateux et d'en faire l'énucléation.

d) Les fibromes de la région supra-vaginale peuvent encore se développer dans *la totalité du col* en donnant lieu à une tumeur symétrique qui gagne à la fois les deux paramètres.

Dans une observation de DAMBRIN et BERNARDBEIG, la tumeur fibreuse enclavée dans le bassin laissait au-dessus d'elle un petit utérus, et le col lui-même, vu au fond du vagin paraissait intact. Signalons l'expression pittoresque des auteurs : « L'utérus est perché

sur cette large tumeur à la façon d'un moulin à vent sur un côteau ».

Cette disposition rappelle l'aspect de la figure de notre observation n° 1.

B). — LA PORTION VAGINALE DU COL est celle directement accessible au fond du vagin, soit par le toucher, soit par la vue. C'est elle qui nous intéresse spécialement. Les trois observations principales que nous publions dans cette thèse se rapportent à cette partie vaginale du col.

Son aspect bien connu ne mérite pas une longue description. De forme conique chez la nullipare, le col prend après l'accouchement la forme classique avec ses deux lèvres antérieure et postérieure séparées latéralement par deux commissures plus ou moins profondes.

La hauteur du col dépend surtout de la profondeur des culs-de-sac : le cul-de-sac postérieur étant habituellement plus profond que l'antérieur par suite de l'insertion oblique du vagin sur le col.

Le développement des lèvres du col peut parfois s'accroître d'une façon excessive sans qu'il y ait développement de production pathologique dans l'épaisseur de ces lèvres. Lorsque cette hypertrophie porte sur l'ensemble de la partie vaginale, le col prend figure de battant de cloche descendant dans la cavité du vagin ; il peut même faire issue à l'extérieur. Cette lésion est connue sous le nom d'*allongement hypertrophique du col*. Parfois cette hypertrophie porte

uniquement sur l'une des lèvres, en général c'est la lèvre antérieure qui donne naissance à cette lésion hypertrophique. Ces lésions, dont la cause est mal définie, s'accompagne souvent d'un degré plus ou moins important de prolapsus génital. Quand on fait l'amputation chirurgicale de ces cols partiellement ou totalement hypertrophiés, et qu'on coupe les fragments enlevés, on ne trouve aucune espèce de fibrome ou de tumeur dans l'épaisseur du tissu musculo-fibreux du col.

Lorsqu'un fibrome se développe dans l'une des lèvres du col, il donne naissance à un noyau dur enchâssé dans le tissu cervical. Son développement régulier ne rencontre aucun obstacle, de sorte que peu à peu, il remplit la cavité vaginale. Nous trouvons cet aspect dans notre observation n° 1.

Suivant la résistance du plancher pelvien, le développement anatomique du fibrome du col donne naissance à deux variétés.

1° Si le plancher est résistant, cas de l'observation n° 1, le fibrome en prenant point d'appui sur le plancher pelvien, repousse d'utérus en haut, de sorte que le col subit une telle ascension qu'il devient sus-pubien et complètement inaccessible au toucher vaginal. Dans cette observation, un très long spéculum dont les valves présentent la longueur énorme de quinze centimètres au lieu de neuf centimètres du spéculum ordinaire, n'arrivait pas jusqu'au col. La vessie suit également ce mouvement d'ascension donnant à l'urètre une longueur anormale, de sorte qu'il faut faire

pénétrer la sonde vésicale en totalité jusqu'à son orifice pour atteindre la cavité vésicale et évacuer la vessie. Il est à remarquer que cette ascension de l'utérus facilite l'opération par la voie abdominale.

2° Si le plancher pelvien est déficient, rupture périnéale consécutive à l'accouchement, ou seulement tendance au prolapsus par insuffisance musculaire du plancher et spécialement du releveur de l'anus, le fibrome continue son développement par en bas, il apparaît à la vulve et peut même sortir par l'orifice vulvaire, faisant penser habituellement à une inversion utérine comme dans le cas de LAPEYRE (observation n° 3). Ordinairement, cette position extérieure du fibrome recouvert de la muqueuse cervicale donne naissance à des phénomènes d'infection et de nécrose. L'utérus, lui aussi, peut suivre ce mouvement de descente et accompagner la sortie du fibrome (observation de Ho-DAC-DI rapportée par MOULONGUET. (*Soc. obst. et gyn.* avril 1935, page 267). Cette déficience vulvo-périnéale avec descente utérine favorise l'opération par la voie vaginale.

C) Un dernier siège de développement du fibrome du col doit être envisagé, c'est LA CAVITÉ CERVICALE.

Normalement cette cavité existe avec toute sa netteté chez la nullipare. L'orifice cervical est petit, parfois ponctiforme; l'orifice isthmique est également étroit et entre les deux orifices la cavité cervicale est large, olivaire. Cette cavité devrait être virtuelle, présentant une saillie médiane connue sous le nom d'ar-

bre de vie, mais le plus souvent cette cavité est plus ou moins remplie de glaires qui la distendent. Chez la multipare, avec déchirure plus ou moins profonde bilatérale, la muqueuse du canal cervical a tendance à s'extérioriser et la cavité cervicale se trouve réduite en profondeur, elle est large et béante.

Lorsqu'un fibrome se développe sous la muqueuse de la cavité endo-cervicale chez la nullipare, il remplit cette cavité et donne une formation polypeuse intra-cervicale. Peu à peu le col se distend, ouvre l'orifice extérieur du col, le fibrome apparaît à ce niveau, mais il continue à faire corps avec le col par suite de la largeur de son implantation. Si, au contraire, le pédicule est minime, le fibrome du col devient un polype fibreux pédiculé, mobile, indépendant du col; cette distinction a un intérêt du point de vue de l'exérèse comme nous le verrons plus loin.

Lorsqu'un fibrome de la cavité se développe chez la multipare, il s'extériorise du canal cervical dès le début de son développement, et suit une évolution comparable à celle des fibromes des lèvres du col, trouvant dans la cavité vaginale un espace libre pour son développement.

ETUDE CLINIQUE DES FIBROMES DE LA PORTION VAGINALE DU COL

Après avoir énuméré dans le chapitre précédent l'anatomie pathologique et les variétés des fibromes développés dans l'ensemble du col, nous étudierons spécialement les fibromes de la partie vaginale au point de vue des symptômes, de l'évolution, des complications et du traitement, car nos trois observations inédites principales portent sur cette portion vaginale du col utérin.

TROUBLES FONCTIONNELS

Le développement du fibrome du col se fait habituellement sans aucun trouble: la malade ne vient consulter le médecin que lorsqu'apparaissent des signes de complications, signes de nécrose comme dans l'observation de LAPEYRE ; pertes de sang persistantes comme dans l'observation n° 1 ayant résisté à la radiothérapie. L'attention peut être encore attirée par l'apparition du fibrome à la vulve, faisant penser à la malade à une descente de matrice. Parfois c'est encore la difficulté des rapports sexuels, la cavité vaginale étant complètement remplie par la tumeur. Ce

sont encore les troubles vésicaux (rétention d'urine) comme cela se voit souvent dans les gros fibromes pelviens. C'est aussi la gêne de la défécation et la pesanteur dans le rectum par compression pelvienne. On peut encore penser aux compressions nerveuses (douleurs sciatiques) et à la gêne de la circulation veineuse (distension variqueuse des membres inférieurs). Un trouble fonctionnel peut encore se produire par atrésie du canal cervical par la présence d'un petit fibrome du col, rendant l'écoulement des règles difficiles et s'opposant à la fécondation. Dans une observation inédite du Docteur DOUAY, une femme venue consulter pour stérilité, présentait un fibrome du col formant une sorte de clapet qui obturait très hermétiquement l'orifice cervical, sans pour cela s'opposer efficacement au flux menstruel. L'ablation a été faite par amputation partielle du col, ce qui permit d'ouvrir largement l'orifice cervical. Cette intervention a été suivie d'une grossesse ultérieure.

L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE

L'examen gynécologique donne des renseignements variables suivant le degré évolutif du fibrome.

PREMIER STADE. — Déformation du col avec sensation au doigt d'une masse ronde, dure, indolore, enchâssée dans l'épaisseur d'une lèvre.

DEUXIÈME STADE. — Tumeur ronde, dure, indolore, remplissant le tiers supérieur du vagin, le doigt en fait facilement le tour et reconnaît que le col avec

son orifice siège soit en arrière dans le cas où la tumeur vient de la lèvre antérieure du col, soit en avant s'il s'agit d'un fibrome de la lèvre postérieure. Au spéculum on reconnaît (observation n° 2), la masse arrondie, recouverte d'une muqueuse, un peu rouge mais régulière et saine, sans ulcération ni bourgeon. Le reste du col est difficile à voir, caché en grande partie par la tumeur, mais en plaçant les deux valves sur le même côté de la tumeur, on peut, en repoussant la masse dure, voir que l'orifice cervical est normal, sans dilatation et qu'il n'y a pas de pédicule s'engageant dans la cavité utérine. Si on essaie de donner à la tumeur un mouvement de rotation, on voit qu'elle est fixe et se continue directement avec la région cervico-utérine. Quelquefois, comme dans notre observation n° 1, la tumeur est si volumineuse qu'il est impossible de la contourner et d'atteindre le col remonté derrière le pubis. Le spéculum, même un modèle à valve très longue, n'arrive pas à pénétrer assez loin pour atteindre le col, d'ailleurs, l'écartement des valves du spéculum ne serait pas possible étant donné la place occupée par le fibrome.

TROISIÈME STADE. — La tumeur remplit complètement le vagin et apparaît plus ou moins à la vulve. Généralement à ce stade, la surface tumorale est ulcérée, ou noirâtre par phénomènes nécrotiques. Le doigt reconnaît qu'elle se continue dans le vagin et aboutit directement au col; il est souvent possible de l'atteindre avec le doigt par suite de l'abaissement utérin. Cette constatation permet de reconnaître que la tu-

meur ne s'engage pas dans le col et d'autre part qu'il n'y a pas inversion utérine.

CAS PARTICULIERS. — (Signes de la variété endo-cervicale du fibrome du col).

Au toucher, le col est augmenté régulièrement de volume, en barillet; l'orifice est plus ou moins ouvert, l'anneau est souple et élastique, le doigt introduit dans l'orifice cervical dilaté perçoit la saillie du fibrome dur, arrondi et sans irrégularité. Cet examen, jusqu'ici, fait penser à un polype fibreux descendu dans le col et provenant de la cavité utérine : dans le cas de polype fibreux, la masse peut facilement tourner sur elle-même : dans le cas de fibrome du col à développement intra-cervical, la masse est fixée au col et ne peut pivoter sur elle-même.

Cette constatation est plus facile à faire avec le spéculum. On voit l'orifice cervical dilaté, régulièrement circulaire et au fond de l'orifice l'aspect rouge brillant du fibrome recouvert de la muqueuse. On prend l'hystéromètre et on s'efforce d'en faire le tour : s'il s'agit d'un polype fibreux, l'hystéromètre s'engage facilement entre la paroi du col et le polype et ne rencontre aucun obstacle en en faisant le tour, on remarque en même temps que le polype tourne sur lui-même autour de son pédicule comme axe. Dans le fibrome du col, l'hystéromètre est arrêté et reconnaît la base d'implantation du fibrome : il n'y a aucune mobilité du fibrome sur son axe. Dans toutes ces manœuvres, la tumeur peut saigner étant donné les altéra-

tions habituelles de la muqueuse qui recouvre le fibrome, mais cette hémorragie est vite arrêtée ; au contraire un bourgeon cancéreux intra-cervical distendant le col est friable et infiniment plus saignant.

Lorsque le fibrome intra-cervical se développe et gagne la cavité vaginale, son pédicule s'allonge et l'examen donne des résultats analogues à ceux du polype fibreux intra-utérin expulsé de l'utérus dans le vagin : à savoir, tumeur ronde, régulière, dont le pédicule s'engage dans l'orifice cervical plus ou moins dilaté et que le doigt reconnaît facilement, formant une sorte de bague autour du pédicule. Pour penser au fibrome du col, il faudrait reconnaître l'implantation du pédicule à l'intérieur du col.

EVOLUTION

L'accroissement du fibrome du col paraît être progressif tant que l'apport sanguin est suffisant pour en permettre l'accroissement régulier. L'influence de l'activité hormonale de l'ovaire paraît être la même que pour les fibromes utérins, toutefois avec une réserve qui semble prouvée par notre observation n° 1. Malgré un traitement radiothérapique, les pertes de sang ne furent pas modifiées et le fibrome continua son accroissement.

Nous retrouvons avec les fibromes du col pédiculés dans le vagin la même évolution que les polypes fibreux provenant de l'utérus : à savoir le peu d'effet de la radiothérapie. La castration naturelle n'a pas d'influence sur les pertes de sang dues aux polypes.

COMPLICATIONS

La dégénérescence habituellement observée au niveau des fibromes utérins peut également se produire dans les fibromes cervicaux, mais les complications les plus fréquentes restent au premier chef, la nécrose et l'infection. Ces complications tiennent surtout à la qualité de leur irrigation. Bien nourris, ils s'accroissent sans complication ; mal nourris, ils dégénèrent sous forme de nécrobiose et, dans le milieu septique du vagin ne tardent pas à suppurer et à se nécroser. Cette nécrose septique provoque en plus des pertes purulentes et fétides, des complications fébriles pouvant atteindre l'état général. Dans beaucoup d'observations, les malades, évidemment bien insouciantes de leur santé, ont attendu cette période ultime de l'évolution pour aller consulter le chirurgien. Les problèmes d'exérèse sont alors particulièrement délicats à résoudre à cette période d'infection et de gangrène.

DIAGNOSTIC

I°. — DU NOYAU FIBROMATEUX DÉVELOPPÉ DANS UNE LÈVRE DU COL.

Diagnostic positif : noyau ordinairement unique, bien limité, de forme arrondie, de consistance dure, indolence absolue, spontanée et provoquée, enchâssé dans le tissu cervical, lequel est relativement plus mou et non modifié par la présence du noyau.

Diagnostic différentiel :

a) *Forme nodulaire ou interstitielle du cancer du col* : induration mal limitée, se continuant avec le tissu cervical sans délimitation nette, adhérent à la muqueuse qui recouvre ce noyau.

b) *Kyste du col d'origine glandulaire* : au toucher, noyau dur, donnant l'impression d'une tumeur solide, mais au spéculum, saillie avec amincissement bleuté ou blanchâtre de la muqueuse indiquant bien qu'il s'agit d'un kyste très tendu. La ponction avec aiguille ou galvanocautère fera sortir une masse gélatineuse de mucus concrété.

II°. — DU FIBROME INTRA-CERVICAL.

Diagnostic positif : distension du col par tumeur ronde, dure, lisse, intra-cervicale, adhérente à la paroi cervicale à laquelle elle est rattachée par un pédicule.

Diagnostic différentiel :

a) *Cancer endo-cervical* (forme bourgeonnante ou polypeuse).

Le col est rempli par un bourgeon friable et très saignant, l'orifice cervical a perdu sa souplesse, il est rigide; une biopsie facile à prélever avec une curette ou une pince à biopsie lèvera les doutes.

b) *Polype*.

a') *Muqueux* : très petit, rouge, vif et lisse de surface.

b') *Adénomateux* : plus gros avec une surface rouge, grenue, parfois violacée, assez saignant; la biopsie est nécessaire pour écarter la cancérisation.

c') **FIBREUX** : c'est un fibrome pédiculé provenant de la cavité utérine, présentant le même aspect que le fibrome endo-cervical, mais l'hystéromètre en fait facilement le tour et le polype est facilement mobile autour de son long pédicule. S'il est difficile de préciser la base d'implantation, une hystérographie bien orientée, pourra peut-être montrer la zone adhérente réunissant le fibrome à l'utérus.

III°. — DU FIBROME CERVICAL A DÉVELOPPEMENT VAGINAL.

Diagnostic positif : Il faut contourner la tumeur pour sentir ou voir l'orifice cervical qui doit être normal alors que l'implantation porte sur l'une des lèvres du col : en dehors de tout phénomène d'infection et de nécrose la tumeur est lisse, dure, peu saignante, de coloration rosée.

Diagnostic différentiel :

a) *Avec les autres fibromes dont le point de départ n'est pas le col* :

fibrome du vagin,

fibrome de la paroi recto-vaginale,

fibrome de l'espace vésico-vaginal.

b) *Avec les kystes du vagin* : ordinairement kyste congénital développé aux dépens du canal de Wolf ou du canal de Gartner. Kystes qui sont surtout placés latéralement dans la partie basse du vagin.

En tout cas, tous ces fibromes et kystes n'ont aucun rapport direct avec le col.

c) *Avec les autres tumeurs provenant du col et descendues dans le vagin.*

Sarcome du col dont le type le plus classique est la forme en grappe avec dilatation pseudo-kystique.

La tumeur, arrondie dans son ensemble, est bosselée, irrégulière avec partie pseudo-kystique par foyers de ramollissement nécrotique. Très saignant. Présence de zones ulcérées et végétantes.

Le sarcome du col, extrêmement rare, a bien l'aspect d'une tumeur maligne, en tout cas la biopsie facile à prélever par suite de la friabilité du tissu cancéreux permettra un diagnostif définitif.

d) *Avec l'inversion utérine*. — En dehors de l'inversion utérine obstétricale, il y a parfois une inversion par polype fibreux du fond qui, par traction retourne l'utérus en doigt de gant. Par le toucher on sent le pédicule de la tumeur pénétrer dans le col dilaté; mais l'hystéromètre introduit le long de ce pédicule est vite arrêté : car il n'y a plus de cavité utérine.

e) *Avec l'allongement hypertrophique du col*. — Le vagin est occupé par une masse dure venant de l'utérus, mais le doigt perçoit l'orifice du col, soit à l'extrémité de cette masse, soit sur le côté si l'hypertrophie porte davantage sur une lèvre que sur l'autre. L'hystéromètre introduit par cet orifice pénètre sans difficulté dans la cavité utérine agrandie de toute la hauteur du col hypertrophié.

TRAITEMENT

Nous avons peu de chose à dire des *petits fibromes du col développés dans l'une des lèvres du col*. En gé-

néral, ils ne donnent pas lieu a des troubles fonctionnels suffisants pour conseiller une thérapeutique active. Rappelons que dans un cas observé par le Docteur DOUAY : le petit fibrome placé au niveau de l'orifice externe faisait obstacle à la fécondation. L'ablation de ce noyau permit une grossesse ultérieure.

L'ablation peut se faire soit par myomectomie, en incisant le col au bistouri jusqu'au contact du tissu fibro-myomateux, blanc et dur. Avec les ciseaux courbes, fermés, on contourne le noyau en passant dans la zone décollable qui l'entoure et on le chasse de sa coque en faisant levier avec l'extrémité courbe des ciseaux. On peut encore faire une résection du col ou même une amputation régulière du col, si en plus du fibrome existe une métrite cervicale importante.

2° *Les fibromes endo-cervicaux* seront opérés par myomectomie après incision bilatérale du col. Ce double débridement du col fait de chaque côté de l'orifice, avec les ciseaux droits, divise le col en deux valves, qui, écartées avec une pince de Museux ouvre le canal cervical en entier et permet d'avoir accès sur le noyau fibromateux inclus dans la cavité cervicale ou saillant à sa surface.

3° Le traitement des *gros fibromes implantés sur le col* et descendant dans la cavité vaginale donne lieu à quelques controverses. En premier lieu il faut reconnaître que le traitement est *purement chirurgical*. Dans notre observation n° 1, un traitement radiothérapique de castration avait été fait avec un échec complet, l'accroissement du fibrome ne fut pas sensi-

blement diminué; les hémorragies arrêtées pendant quelques mois, reprirent leur abondance inquiétante. On doit considérer que *tout fibrome plus ou moins pédiculé dans la cavité utérine et vaginale n'est pas du domaine de la radiothérapie.*

Pour enlever chirurgicalement un fibrome développé dans la cavité vaginale, la voie la plus simple et la plus naturelle est *la voie basse*. Si le fibrome est pédiculé et mobile sur son axe, il suffira de l'enlever *par torsion*. Amarré solidement avec deux bonnes pinces de Museux ou trois, si la place est suffisante, on pratique une torsion d'abord lente, puis une fois la torsion amorcée, on tourne rapidement et sans tirer, la masse fibromateuse doit se détacher d'elle-même.

Ordinairement le pédicule est épais, le fibrome n'est pas mobile, il faut avoir recours *au morcellement*. C'est un vieux procédé imaginé par PÉAN il y a plus de cinquante ans, perfectionné par SEGOND, que Jean-Louis FAURE utilisait de temps en temps dans son enseignement à l'hôpital Broca pour montrer à ses élèves les avantages de cette méthode. Le fibrome est solidement saisi par sa partie accessible avec une forte pince de Museux et attaqué par une incision circulaire autour de la pince pour détacher un fragment cylindrique ou conique. Le point essentiel de cette technique est d'amarrer la tumeur avec une autre pince de Museux avant que le morceau découpé au bistouri ne soit complètement détaché.

La masse est ainsi évidée, par morceaux, la tumeur

diminue peu à peu le volume ; elle finit par s'amincir et finalement par s'extérioriser, ce qui permet une ablation complète. Le deuxième point essentiel est de rester sur la ligne médiane pour que le bistouri n'aille pas s'égarer dans des zones dangereuses.

SÉJOURNET (1) dans une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie précise cette technique.

Etant en présence d'un gros fibrome inclus dans le vagin et dont il était impossible de préciser le point de départ, l'auteur procède par morcellement : « Attaquant le pôle inférieur, je fis une prise solide avec des pinces de Museux et je morcelle progressivement la tumeur, en ayant soin de ne pas perdre le contact et de me tenir toujours sur la ligne médiane ». Ces règles lui avaient été apprises par son maître Pozzi, qui utilisait parfois ce procédé dans son service. Et dans la discussion, le professeur HARTMANN approuve cette ligne de conduite : « En présence d'un volumineux polype saillant par le vagin, il est de règle de suivre la pratique que nous a appris PÉAN, il y a déjà longtemps. »

Il faut cependant remarquer que dans nos observations *la voie haute* fut préférée à la voie basse. Voyons pour quelles raisons :

Quels sont les inconvénients de la voie basse ?

En utilisant le morcellement ou la myomectomie

(1) SÉJOURNET. Volumineux fibrome du col de l'utérus remplissant tout le vagin. Ablation par morcellement. Guérison (*Bull. de la Soc. Obst. et Gyn.*, 1923, n° 1, p. 6).

par voie vaginale, le chirurgien conduit son opération d'une façon aveugle, il va droit devant lui sans savoir comment les choses se termineront, n'ayant aucune précision sur le point d'implantation de la tumeur. Sera-t-il conduit sur un col relativement accessible, ou sur le vagin, dans une région voisine de la vessie, ou du rectum, ou des artères utérines, ou de l'uretère? Il ne peut le savoir à l'avance, et son bistouri peut créer des blessures graves et imprévues. D'autre part, il travaille en milieu septique, d'autant que les polypes fibreux sont souvent en état de suppuration et de nécrose.

Les suites opératoires après la myomectomie vaginale peuvent présenter des complications septiques, comme le montre notre malade de l'observation n° 1 qui, après une simple torsion du polype intra-cervical, fit des accidents fébriles qui se poursuivirent par l'apparition d'une phlébite double. Aussi quand dix ans plus tard la malade revint avec un énorme fibrome inclus dans le vagin, le Docteur E. DOUAY hésite sur la conduite à tenir. Ses préférences cependant restaient pour la voie vaginale : il en fut écarté parce que les pertes de sang, malgré la castration radiothérapique lui faisait craindre une dégénérescence néoplasique : or, un morcellement en tissu cancéreux est généralement funeste pour l'opérée qui présente le plus souvent une récurrence rapide. Une autre raison fut l'adiposité considérable de la malade. Le plus souvent l'embonpoint n'est pas une contre-indication aux interventions vaginales : au contraire Jean-Louis FAURE

pensait à juste titre que l'hystérectomie vaginale était préférable à l'hystérectomie abdominale chez les obèses, à paroi abdominale surchargée de graisse. Souvent chez les obèses, la région vulvo-périnéale est relativement accessible et, en cas de vulve étroite, l'incision de débridement vulvo-périnéale ou épisiotomie, ouvre une large accès sur le col et le vagin. Mais dans le cas de Mlle B... (observation n° 1) l'adiposité portait tout spécialement sur les cuisses et la région vulvaire, ne laissant entre les cuisses qu'une place insuffisante pour que le chirurgien puisse manœuvrer à son aise. Remarquons qu'un spéculum spécialement construit pour les vagins longs et dont les branches mesurent 15 centimètres, n'arrivait pas au fond du vagin. Dans ces conditions, la laparotomie a été jugée préférable, quoique présentant des risques importants.

Dans l'observation n° 2, une fois la pièce en main, on reconnut qu'il existait un plan de clivage permettant une myomectomie relativement facile. L'opération vaginale aurait pu être faite dans ce cas sans autres difficultés.

Dans l'observation de LAPEYRE (n° 3) publiée à la Soc. de Gyn. et d'Obst. et dont nous donnons un résumé, l'auteur a préféré la laparotomie parce qu'il avait pensé à une inversion utérine produite par un polype fibreux inséré sur le fond et ayant provoqué le retournement de l'utérus. La pièce anatomique dont nous donnons une reproduction schématique au trait montre parfaitement que la myomectomie vaginale aurait

pu être faite. Or, comme il s'agissait d'un polype nécrosé et infecté, cette opération eût donné lieu à moins de risques que de faire passer cette tumeur particulièrement septique par la cavité péritonéale. D'ailleurs les suites ont bien montré le danger de cette opération par voie haute.

Etudions maintenant quelles ont été les difficultés rencontrées par les chirurgiens au cours de leurs opérations par la voie haute.

1° Difficultés de se rendre compte des connexions exactes de la tumeur incluse dans le vagin avec l'utérus. Dans l'observation n° 1, l'utérus était petit et sans aucune déformation, ce qui a permis au Docteur E. DOUAY de pratiquer par l'hémisection une ouverture de la cavité utérine, puis du col jusqu'au vagin. Une fois le vagin ouvert, il a eu de suite et sans tâtonnement, un accès direct sur l'implantation du fibrome sur la lèvre postérieure.

Dans d'autres observations, il existe d'autres noyaux dans l'utérus ou bien l'utérus est gros (observation n° 2). Dans ces conditions l'hémisection n'est pas à conseiller, de sorte que ce moyen d'exploration employé avec succès par le Docteur E. DOUAY ne pourrait être utilisé couramment.

Pour avoir accès sur la tumeur, il faut procéder à la désinsertion du vagin comme dans la totale, après, pincement des artères utérines et cervico-vaginales et décollement très attentif de la vessie dont les rapports anatomiques, ainsi que ceux des uretères, peuvent être tout à fait modifiés.

2° La section circulaire du vagin au contact du col ne paraît pas avoir donné lieu à des difficultés spéciales. Il faut désinsérer au ras du col, sans faire d'échappées vers les organes voisins. Parfois, comme dans notre observation n° 1, l'épaisseur du vagin est considérable.

3° La difficulté la plus grande est l'extraction de la tumeur incluse dans le vagin. Dans la plupart des observations, le chirurgien a débridé le vagin soit en avant par décollement de la vessie au niveau de l'espace vésico-vaginal, soit en arrière après décollement du rectum au niveau de l'espace recto-vaginal. Puis après protection soigneuse de la cavité péritonéale, ils ont fait l'extraction de la tumeur : il faut bien penser que cette tumeur retenue pendant longtemps dans une cavité septique comme le vagin est particulièrement infectée, même lorsqu'elle ne présente pas de phénomène de nécrose : la tranche du vagin sera fatalement contaminée quelles que soient les précautions prises. Dans nos observations, cette infection s'est manifestée soit par des suites fébriles (observation n° 1) soit par des accidents de nécrose de la tranche vaginale (observation de LAPEYRE n° 3) et les auteurs se félicitent de ne pas avoir eu à déplorer des accidents plus graves comme par exemple une péritonite diffuse.

Ne pourrait-on pas améliorer la technique employée ?

Après avoir ouvert le vagin et repéré la zone d'implantation de la tumeur, il suffirait de sectionner le pédicule en abandonnant la tumeur dans le vagin,

puis de terminer l'hystérectomie totale comme on a l'habitude de faire, en fermant le vagin en totalité ou partiellement. Enfin, une fois l'opération abdominale pratiquée, de finir par l'extraction du fibrome libre dans la cavité vaginale.

Nous voulons en terminant attirer l'attention sur les suites opératoires de notre observation n° 1.

Rappelons que lors d'une première opération faite à l'hôpital Broca, ablation d'un polype fibreux en voie de nécrose par simple torsion, les suites ont été sérieuses ; la malade étant restée au lit avec une fièvre légère pendant les premiers jours, a fait après ascension thermique, au huitième jour, une phlébite d'abord gauche, puis bilatérale, qui l'a tenue trois mois à l'hôpital. Il était donc à craindre après la deuxième opération par voie abdominale qu'une nouvelle phlébite ne se produisît.

Pour écarter autant que possible les menaces de phlébite post-opératoire, le Docteur E. DOUAY utilise volontiers *la méthode de CHALIER (de Lyon) du lever précocé*.

Chez notre malade, deux faits paraissaient être contraires à la méthode, en premier lieu l'obésité excessive de la malade et le volume des membres inférieurs ; il s'agissait de mobiliser une masse de 125 kilogs. En second lieu, l'état fébrile post-opératoire indiquait une infection légère de la zone opératoire, qu'une mobilisation intempestive aurait pu aggraver.

La manière de procéder du Docteur DOUAY a été

décrite en détail après une communication du Docteur CHARBONNIER, de Genève, à la *Société Française de Gynécologie*, séance du 22 novembre 1938 : Discussion au cours de laquelle le Docteur CHALIER a exposé avec précision ses idées personnelles sur la question. Depuis plus de dix ans, le Docteur CHALIER applique le lever précoce systématique, soit pour environ 95 % de ses opérés : il faut obtenir, suivant ses idées, le premier lever à la 48^e heure; parfois il sera retardé au troisième, quatrième ou cinquième jour; au-delà, il ne s'agit plus de lever précoce; tous les avantages sont inférieurs aux inconvénients.

Le Docteur E. DOUAY utilise le procédé depuis 1934 en sélectionnant les cas. Voici sa façon de faire : « Le lendemain de l'opération, friction à l'eau de Cologne, massage et mobilisation des membres. Le deuxième jour, la malade fait des mouvements actifs des jambes. Le troisième jour si l'évacuation des gaz se fait bien on peut mettre la malade sur le bord du lit pour faire les exercices de mobilisation. Et le quatrième jour la malade se met debout, fait quelques pas jusqu'au fauteuil ». (*Compte rendu de la Soc. Franç. de Gyn.*, novembre 1938, n° 7, page 353).

Dans le cas particulier de notre observation n° 1, l'élévation thermique indiquait un certain degré d'infection, cet état a rendu nécessaire la prolongation des manœuvres de mobilisation au lit. Le lever réel n'a été fait que le sixième jour, il fut bien supporté et, à partir de ce moment, la malade ayant pris confiance, fit chaque jour des progrès rapides, faisant deux fois

par jour la promenade dans le couloir de la Maison de Santé et pouvant aller jusqu'aux w.-c., ce qui fut pour elle d'un grand soulagement.

Les suites tardives ont été satisfaisantes.

Nous l'avons vu récemment, elle pèse encore 123 kilogs, mais elle se sent bien portante et a repris une vie active. Ses greffes sont sans activité apparente, mais les troubles de castration ne sont pas assez importants pour nécessiter un traitement par la folliculine.

OBSERVATIONS

OBS. 1. — Mlle Isabelle B..., 45 ans, a déjà été opérée à l'hôpital Broca en octobre 1928 pour un polype fibreux. Voici quelques détails sur les faits observés à ce moment.

Les règles sont devenues de plus en plus abondantes de novembre 1927 à septembre 1928, durant dix jours avec caillots, douleurs assez violentes surtout dans la région lombaire. Les règles se continuent par des pertes rosées ou même rousseâtres, mais sans odeur.

L'état général, caractérisé par un embompiment très marqué (110 kilogs) reste satisfaisant, quoique il existe une anémie marquée. A ce moment, l'examen gynécologique, difficile à cause de l'adiposité de la paroi, montre un col ouvert dans lequel on sent une masse ronde qui, vue au spéculum, a un aspect grisâtre. On ne parvient pas à l'entamer avec la pince coupante à biopsie. Il s'agit d'un polype fibreux en voie de nécrose. L'opération est décidée et faite à l'hôpital Broca le 10 septembre 1928 (Docteur DOUAY), anesthésie avec une bouffée de chlorure d'éthyle. Le polype fibreux est saisi dans une pince de Museux, il est pédiculé, venant probablement de la cavité utérine, il est facilement enlevé par torsion. Les suites opératoires sont fébriles et le huitième jour se déclare une phlé-

bife gauche qui devient bilatérale le douzième jour, malgré une application de sangsues. L'hospitalisation a duré trois mois.

L'état est bon pendant deux ans. L'appétit est excellent et le poids augmente jusqu'à 125 kilogs. De nouvelles ménorragies se poursuivent pendant l'année 1934. Elle est soignée à l'hôpital Saint-Joseph, où on lui fait seize séances de radiothérapie de cinquante minutes chacune, deux par semaine, d'octobre à décembre 1934.

Malgré ce traitement, elle continue à perdre du sang. Toutefois elle présente des bouffées de chaleur, ce qui montre que la dose de castration a été donnée. En mars 1938 une hémorragie très importante se produit, qui s'atténue sous l'influence du traitement, mais ne disparaît pas : les pertes de sang persistent par intermittence puis sans arrêt pendant trois mois, d'octobre à décembre 1938.

Elle est de nouveau vue par le Docteur DOUAY, le 21 décembre 1938. Il s'agit d'une femme énorme, de grande taille, l'adiposité est au maximum au niveau de la paroi abdominale et surtout des cuisses. Son poids est de 125 kilogs.

L'examen gynécologique est très difficile en raison des bourrelets graisseux vulvaires. L'hymen est très large et ne fait pas obstacle. Le périnée est très solide. Aussitôt l'orifice vulvaire franchi, on tombe sur une masse ronde régulière, ferme sans être très dure, la surface est lisse et ne saigne pas. Le doigt en fait le tour mais il n'est pas assez long pour contourner la

masse et atteindre le col. Le grand spéculum fait spécialement par le Docteur DOUAY pour les vagins très longs, et dont les branches mesurent 15 centimètres, n'arrivent pas jusqu'au fond du cul-de-sac postérieur du vagin. On sent au-dessus du pubis une petite masse dure qui paraît être le corps utérin.

Le diagnostic est : polype fibreux avec peut-être dégénérescence dans la partie non-accessible. Il est impossible de préciser le point d'implantation sur l'utérus, à moins de faire une hystéro-vaginographie au lipiodol, en oblitérant la vulve et en injectant le liquide opaque dans le vagin.

De toute façon il faut opérer, étant donné l'échec du traitement médical et radiothérapique. Mais par quelle voie ? Voie abdominale ou voie vaginale.

Un deuxième examen est fait le 4 janvier 1939.

Dans cet examen on s'efforce de reconnaître si le polype est mobile sur son axe, ce qui permettrait de pratiquer le morcellement et la torsion par voie vaginale; or, les mouvements de rotation transmis par la pince de Museux à la tumeur se communiquaient au fond de l'utérus perceptible au-dessus du pubis. Donc la tumeur n'a pas un pédicule assez souple pour être forcé de son attache utérine. Il faut s'attendre, après le morcellement du polype, à faire une hystérectomie vaginale. Or, la voie d'accès par le vagin est pour ainsi dire impossible, l'opérateur est coincé entre les deux énormes cuisses et ne peut manœuvrer. L'épisiotomie bilatérale faite au milieu de ces bourrelets graisseux développés aux dépens des grandes lèvres, serait

également pénible à exécuter. Enfin, rien ne dit que la masse n'est pas cancérisée dans sa portion non accessible. Dans ces conditions, il faut se résoudre à passer par en haut.

OPÉRATION. — Le 6 janvier 1939, Docteur E. DOUAY. Premier aide : Docteur CABY. Deuxième aide : Ch. DOUAY.

Examens pré-opératoires : Temps de saignement (méthode de Duke) 1 minute 30. (Normal 1 m. 30 à 3 minutes). Temps de coagulation (méthode de Hayem) 20 minutes. (Normal de 10 à 15 minutes).

Analyse du sang : richesse en hémoglobine : 80 %. Numération : 4.020.000. Valeur globulaire : 89 %. Globules blancs : 5.175. Formule leucocytaire : normale. Urée sanguine : 18 gr. 75 par litre. Urine : trace d'albumine, pas de sucre.

Opération. — Anesthésie générale, mélange de Schleich (on ne trouve pas de veine pour pouvoir utiliser l'anesthésie de base à l'Evipan).

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On voit un utérus petit surmontant la tumeur remplissant le bassin et repoussant la vessie.

1° Section du péritoine préutérin, et des ligaments ronds, pour permettre un décollement large de la vessie.

2° Section et ligature des pédicules annexiels : à signaler la présence de veines énormes et à gauche l'existence dans le pédicule d'une masse ronde de la grosseur d'une mirabelle, qui fut reconnue plus tard être un kyste dermoïde.

3° Prise des artères utérines avec la pince de J.-L. Faure, avec les branches vésico-vaginales : une fois ces vaisseaux sectionnés, on a l'impression d'être au voisinage de l'insertion du vagin. Pour avoir un renseignement précis sur la disposition anatomique de la tumeur et pour repérer le siège exact du pédicule du polype, on fait l'hémisection utérine qui montre que la cavité utérine est vide : on prolonge sur le col : celui-ci ne contient pas le pédicule du polype. On continue l'incision sur la paroi antérieure du vagin. On voit alors avec précision que le fibrome remplissant le vagin prend insertion sur la lèvre postérieure du col par un large pédicule de deux travers de doigt.

On peut alors facilement faire la désinsertion du vagin de son attache cervicale en utilisant les ciseaux courbes. On a à ce moment toute la pièce en main, mais le fibrome, beaucoup trop gros pour passer par l'orifice de désinsertion du vagin, reste inclus dans la cavité vaginale. Pour l'extraire, il faut, après décollement de la vessie poussée plus bas, sur 10 centimètres, inciser le vagin sur la ligne médiane sur 7 à 8 centimètres. L'épaisseur de cette paroi est considérable, environ 1 centimètre d'épaisseur : elle ne saigne pas. L'orifice est devenu suffisant pour procéder à l'extraction de la pièce, en protégeant très exactement la cavité péritonéale : car on comprend que la désinfection préalable de la cavité vaginale a été illusoire. Une fois la pièce enlevée, la cavité vaginale est extraordinairement vaste.

Suture du vagin par rapprochement des parois an-

térieures et postérieures et suture médiane du débriement antérieur en laissant un orifice pour passer un gros drain sortant par la vulve. On péritonise par-dessus et on met un deuxième drain dans le Douglas.

Pas d'appendisectomie. Suture très soignée de la paroi avec crins profonds serrés sur bourdonnet. Les ovaires paraissent scléreux et sans activité (castration par rayons X). Cependant on utilise la moitié de chacun d'eux pour faire deux greffes qu'on place dans les grandes lèvres par la voie inguinale (procédé de DOUAY).

PIÈCE OPÉRATOIRE.

Le fibrome est de la grosseur d'une tête d'enfant, surmonté d'un utérus très petit. Les dimensions de la tumeur sont : 14 centimètres du pôle inférieur au point d'implantation ; la plus grande largeur est antéro-postérieure, 15 centimètres. Le diamètre transversal est de 10 centimètres. Le pourtour fait 38 centimètres. L'utérus a six centimètres de hauteur. Le point d'implantation sur la lèvre antérieure est cylindrique, de 33 mm. de diamètre. Le poids est de 1 kilo 100. A la coupe, l'aspect est celui d'un fibrome oedémateux sans dégénérescence et en bon état de vitalité. La muqueuse de recouvrement est saine.

L'examen histologique montre la texture habituelle d'un fibrome utérin avec présence de petites loges dues à l'infiltration oedémateuse.

SUITES OPÉRATOIRES.

Après cette opération on pouvait redouter deux dangers :

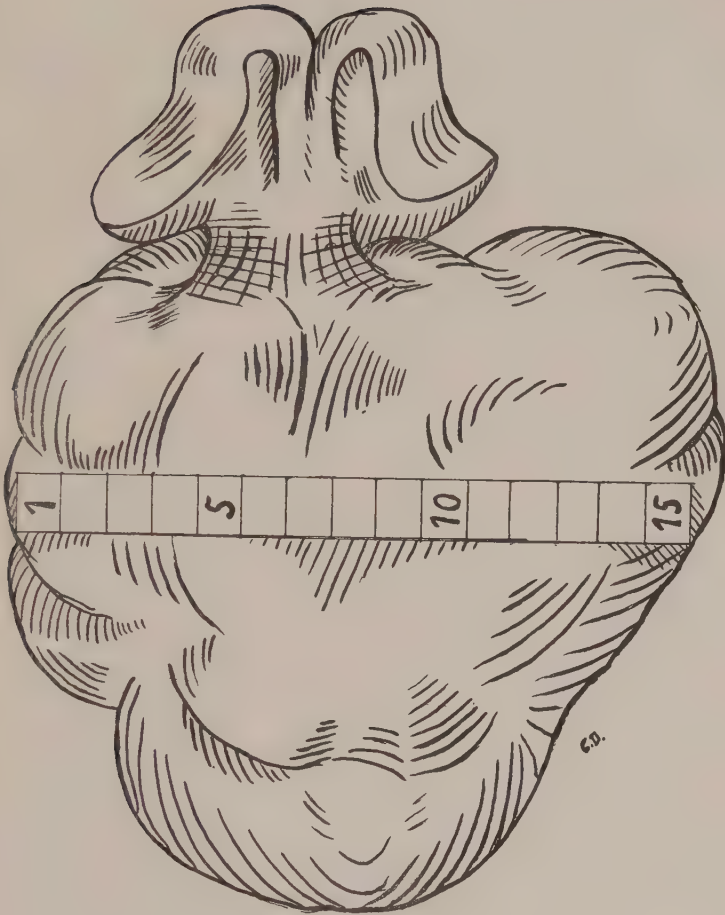


FIG. 1. — Observation 1
(Réduction de $\frac{2}{5}$ sur grandeur nature.)

Enorme fibrome du col (pesant 1.100 grs) implanté sur la lèvre postérieure du col.

L'utérus a été ouvert par hémisection au cours de l'opération, ce qui a facilité la section du vagin.

1° Etant donné que l'opération avait été faite en milieu septique, on pouvait craindre la contamination du péritoine, le premier danger était donc la péritonite. L'aspiration faite par le drain le lendemain ne donna que très peu de sang : le drain abdominal fut retiré le troisième jour. Le drain vaginal, au contact des sutures du vagin, laissa couler du liquide séropurulent.

La température reste autour de 38° les deux premiers jours et a une tendance à monter les troisième et quatrième jours (maximum 39°5). Ces phénomènes septiques restèrent localisés dans la région des sutures vaginales.

Pour lutter contre ces phénomènes septiques, la malade avait reçu pendant les quatre jours précédant l'opération, une dose relativement faible de sulfamides à titre préventif.

Les phénomènes fébriles s'amendent à partir du cinquième jour.

2° Le deuxième danger était les risques de phlébite : rappelons que lors de sa première opération pour polype fibreux, enlevé par torsion, une phlébite double s'était déclarée au huitième jour. Le moyen habituellement utilisé par le Docteur E. DOUAY, pour éviter la phlébite post-opératoire est le lever précoce : chez notre opérée, dès le lendemain de l'opération, on pratique des frictions à l'alcool des membres inférieurs; le troisième jour, massage et mobilisation des membres. Généralement le lever est pratiqué le quatrième jour après l'expulsion des gaz. Malheureuse-

ment dans notre cas, la température fit une ascension, le quatrième et le cinquième jour, de sorte que le lever fut différé et n'eût lieu que le sixième jour. A partir de ce jour, l'amélioration se produisit, la température retomba à la normale et la malade quitta la maison de Santé le seizième jour.

Revue quatre mois après l'opération, la cicatrice abdominale est solide, toutefois, par prudence, on conseille le port d'une bonne ceinture. Le poids est de 122 kgs 500. La tension artérielle est élevée à 14.24. L'opérée n'a pas de bouffée de chaleur, mais la tête est un peu lourde et l'on conseille un régime alimentaire un peu sévère, mais l'appétit est solide et il est probable que le régime sera vite délaissé.

RÉSUMÉ. — Enorme fibrome du col à développement vaginal, ayant résisté à la radiothérapie, ablation par la voie abdominale.

Il semble que le lever précoce ait eu une action favorable pour éviter la phlébite et ses complications.

OBS. 2. — Mme M..., 48 ans, sans enfant, vient à la consultation de l'hôpital Broca en juin 1932 pour un soi-disant prolapsus génital. Elle ne présente aucun trouble fonctionnel, les règles sont régulières, assez abondantes, sans douleur. On reconnaît qu'une masse arrondie apparaît à la vulve et devient proéminente au moment des efforts. Cette masse est régulièrement ronde, de la grosseur d'une boule de billard, recouverte d'une muqueuse saine, rose, un peu rouge du côté de la fourchette, avec quelques petits vaisseaux serpentant sous la muqueuse.

Au toucher, le doigt fait le tour de cette masse et atteint en arrière, à 5 ou 6 centimètres, le col utérin dont on sent la lèvre postérieure et l'orifice cervical; la masse est implantée par un large pédicule sur la lèvre antérieure du col. Dans l'effort le col s'abaisse avec la masse, le périnée paraît déficient sans déchirure périnéale cependant. Par le toucher rectal, on perçoit la masse faisant une saillie importante dans le rectum, séparée du doigt par l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. La malade ne se plaint pas de troubles intestinaux. Du côté de la vessie, aucun trouble fonctionnel, et la sonde vésicale pénètre sans difficulté dans le canal jusqu'à la vessie.

OPÉRATION (E. DOUAY, le 5 juillet 1932). — Anesthésie générale. Larapotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus paraît normal, un peu gros, sans fibrome, mais on voit le soulèvement de la vessie produit par la tumeur intra-vaginale. Section des ligaments ronds au voisinage de l'utérus : on les utilisera plus tard pour suspendre le fond du vagin.

Hystérectomie totale, après avoir bien décollé la vessie, et sectionné les pédicules vasculaires : on désinsère prudemment le vagin en avant. Une fois le vagin ouvert, il devient très aisé de poursuivre la section du vagin au ras du col, sous le contrôle de la vue. Après cette section circulaire, on voit que la tumeur contenue dans le vagin est trop volumineuse pour sortir par l'orifice vaginal.

Il faut débrider en arrière sur 2 à 3 centimètres pour permettre l'extraction du fibrome et l'ablation de

la pièce opératoire. La tranche vaginale, très épaisse, est suturée, puis les ligaments ronds placés l'un contre l'autre sont incorporés dans la suture vaginale pour réaliser une vagino-ligamento-pexie. Fermeture de la paroi, avec drain dans le Douglas.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un fibrome unique rattaché à la lèvre antérieure du col par un large pédicule qui englobe la lèvre tout entière. Les dimensions sont 7 centimètres dans son diamètre transversal sur 6 centimètres en hauteur. La coupe montre un fibrome rond, ayant l'aspect blanc d'un fibrome banal non compliqué entouré d'une muqueuse épaisse sans altération visible. Un plan de clivage existe entre la muqueuse et le fibrome, ce qui aurait permis de faire la myomectomie.

Les suites opératoires ont été normales et la malade a quitté l'hôpital en bon état le 25 juillet 1932.

Elle est revenue le 6 juillet 1933 : la vaginopexie s'est relâchée depuis deux mois et actuellement on reconnaît que dans l'effort la cicatrice vaginale arrive à l'orifice vulvaire. On conseille de faire une péri-néorraphie avec suture serrée des muscles releveurs, dont la résistance paraît très déficiente.

RÉSUMÉ. — Fibrome du col avec prolapsus génital.

L'hystérectomie totale avec vagino-ligamentopexie est suivie d'une récurrence du prolapsus.

L'examen de la pièce a montré qu'une myomectomie vaginale eût été possible et aurait probablement produit une guérison meilleure.



FIG. 2. — Observation 2
(Réduction de 2/5 sur grandeur nature.)

Fibrome du col développé dans la lèvre antérieure.

L'incision montre qu'il y a entre la muqueuse et le fibrome un plan de clivage qui aurait pu être utilisé pour faire une myomectomie vaginale.

OBS. 3. — Résumé d'un cas de *fibrome du col* observé par le Docteur LAPEYRE en 1934 à Maracay (Vénézuéla). L'observation, envoyée au Docteur E. DOUAY, fut présentée à la *Soc. d'Obst. et Gyn.* en 1935 et donna lieu à un rapport du Docteur E. DOUAY.

Il s'agit d'un gros fibrome du col utérin, remplissant le vagin en totalité et sortant en partie par l'orifice vulvaire. La tumeur est partiellement nécrosée, donnant lieu à des pertes fétides. Elle présente en effet une plaque de sphacèle grisâtre à son extrémité inférieure.

Le Docteur LAPEYRE pense qu'il s'agit d'un polype fibreux de l'utérus dont l'expulsion spontanée a provoqué le retournement de l'utérus. Etant donné son diagnostic d'inversion utérine, il préfère intervenir par la voie abdominale. Vaccination pré-opératoire, (Vaccin de Delbet).

OPÉRATION le 18 juin 1934 : hystérectomie totale. Une fois le vagin désinséré, l'opérateur se rend compte que le fibrome vaginal est largement implanté sur le col et que la tumeur est trop grosse pour pouvoir être extraite par l'orifice obtenu par la section circulaire du vagin. Il débride le vagin en arrière après décollement du rectum et arrive à enlever toute la pièce par la voie abdominale en protégeant attentivement la cavité péritonéale contre toutes souillures provenant de cette tumeur particulièrement septique. Il draine ensuite par le vagin au niveau du cul-de-sac postérieur et ferme partiellement le vagin en avant.



FIG. 3. — Observation 3
(Réduction de 2/5 sur grandeur nature.)

Fibrome du col largement implanté sur la lèvre antérieure du col.

On voit une large plaque de sphacèle sur la face antérieure du fibrome.

LA PIÈCE. — Nous reproduisons un dessin schématique de la photographie que nous avons entre les mains : ce dessin montre un utérus à peu près normal ne présentant aucun noyau fibromateux important avec deux annexes paraissant saines. L'isthme est normal. Le col est épais, surtout par sa lèvre antérieure qui se continue directement avec le pédicule de la tumeur. La lèvre postérieure du col est à peu près normale.

La tumeur a la forme d'un cœur dont la pointe est en bas, la base est appendue par son centre au pédicule. La hauteur est de 7 à 8 centimètres. Le diamètre transversal dans la plus grande largeur est de 8 à 9 centimètres : il existe en plus, une petite bosselure à droite formant un petit noyau d'une épaisseur de 2 à 3 centimètres. Une grande plaque de gangrène recouvre l'extrémité inférieure du côté gauche de la tumeur.

Les suites opératoires sont mouvementées : il se produit une gangrène de la tranche vaginale qui s'éliminera le douzième jour par le vagin. L'état général de la malade a été en s'aggravant pendant les trois premiers jours suivant l'opération, 39°4 avec 136 de pouls : à ce moment une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum anti-colibacillaire de Vincent a été pratiquée : une amélioration se produisit le lendemain, amélioration que l'auteur rapporte à l'effet salulaire du sérum de Vincent. Quoi qu'il en soit, l'amélioration s'affirme les jours suivants et la malade quitte la clinique en bon état vingt jours après l'opération.

OBS. 4. — Mme M..., déjà soignée en 1933 pour stérilité, vient consulter en décembre 1937 pour hématurie. Les règles sont plus abondantes avec caillots. La malade va voir le professeur MARION qui, après examen, pense qu'il n'y a pas de lésion rénale. Cependant les urines sont rouges, colorées par le sang d'une façon intermittente.

EXAMEN du 10 décembre 1937. — Les urines retirées par sondage de la vessie sont roses, contiennent un peu de sang. A l'examen gynécologique on trouve un fibrome antérieur de la grosseur d'une noix, très dur, siégeant au niveau de la face antérieure de l'isthme, comprimant la vessie. L'opération est décidée : le but proposé est d'enlever le fibrome par myomectomie et de vérifier l'état des trompes en vue d'une grossesse ultérieure. Une insufflation tubaire est faite le 28 décembre 1937 (appareil de DOUAY). Elle est d'abord très faiblement positive puis avec une pression de 200 mm. on obtient une bonne perméabilité à droite (auscultation).

OPÉRATION le 3 janvier 1938. — Incision médiane sous-ombilicale, ablation de l'appendice. L'utérus présente un petit fibrome du fond de la grosseur d'une cerise : ablation et suture par point en U. Le fibrome du col apparaît sous le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin soulevant la vessie : incision du péritoine pour repousser la vessie en avant : le fibrome apparaît, saisi dans une pince de Pozzi, on l'enlève facilement avec les ciseaux courbes (grosseur d'une grosse noix). Hémostase et suture. Vérification des annexes : à droite,

ovaire normal et trompe perméable, à gauche ovaire gros sans kyste, avec une trompe plicaturée par une bride : libération et remise en place. Suites opératoires favorables.

Revue le 24 janvier 1938. Bonne cicatrice abdominale, utérus en bon état, on constate la disparition de la masse antérieure, la vessie contient encore une urine sanglante.

Règles le 7 février. Insufflation le 15 février : très bonne perméabilité, bilatérale. (Auscultation positive des deux côtés).

Revue le 28 juin 1939. Très bon état, n'a plus eu d'hématurie depuis février 1938. Mais pas de grossesse.

RÉSUMÉ. — Petit fibrome antérieur du col (portion sus-vaginale) repoussant la vessie : hématurie persistante. Disparition des hématuries deux mois après la myomectomie par voie abdominale.

CONCLUSIONS

1° Le fibromyome utérin en se développant au niveau du col prend un aspect anatomo-clinique particulier qui mérite d'en faire une étude spéciale.

2° Il peut se développer :

a) au-dessus de l'insertion du vagin sur le col, donnant naissance à plusieurs variétés suivant qu'il se développe en avant vers la vessie, en arrière vers le cul-de-sac de Douglas, sur les côtés dans la base des ligaments larges.

b) Au niveau de l'insertion du vagin donnant naissance en avant au fibrome de la cloison vésico-vaginale, en arrière au fibrome de la cloison recto-vaginale, sur les côtés à des fibromes des culs-de-sac latéraux du vagin.

c) Dans le canal cervical, donnant naissance aux polypes fibreux intra-cervicaux.

d) Au niveau de la portion vaginale du col : c'est cette dernière localisation que nous avons particulièrement étudiée dans cette thèse : ce sont les fibromes à développement vaginal implantés sur le col.

3° a) Cette variété de fibromes à développement vaginal peut atteindre un volume considérable sans provoquer de troubles fonctionnels importants.

b) Suivant la résistance du plancher pelvien, on trouve deux variétés. Si le périnée est solide, le fibro-

me se développe vers le haut en refoulant l'utérus et la vessie dans l'abdomen.

Si le périnée est déficient, le fibrome sort par la vulve et s'exteriorise.

c) Les complications habituelles sont l'infection et la nécrose.

d) Le traitement est purement chirurgical, de préférence par la voie basse, myomectomie par morcellement.

Dans quelques cas cependant que nous indiquons dans notre travail, on sera amené à faire l'opération par la voie haute : hystérectomie totale : le temps délicat de cette opération sera après la section du vagin, l'extirpation du fibrome par l'abdomen : difficulté mécanique tenant au volume du fibrome et nécessitant le débridement du vagin en avant ou en arrière après décollement de la vessie ou du rectum : danger d'infection de la cavité abdominale qu'il faudra protéger avec soin.

Pour éviter ces difficultés, on peut conseiller à la fin de l'hystérectomie totale de séparer la tumeur de l'utérus par section du pédicule, ce qui permettra d'enlever l'utérus et de finir l'opération abdominale, pour extraire ensuite la tumeur complètement libérée par la voie vaginale.

Vu :

LE DOYEN :

TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNARDBEIG. — Les fibromes de l'isthme utérin (*Soc. Obst. et de Gyn. de Toulouse*, 13 mai 1925).
- BOTTARO (L. P.). — Fibrome cervical (*Rev. Méd. d. Uruguay*, 29 : 22-229, octobre 1926).
- CABOT (Case 17.142). — Cervical uterin fibroid : pelvic phlebitis (*New England J. Med.*, 204 : 728-730, 2 avril 1931).
- CAMBON (E.), DOR (J.). — Volumineux fibrome du segment inférieur et du col chez une secondigeste, accouchement spontané par les voies naturelles (*Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, 24 : 302-305, mai 1929).
- CANNON (D. J.). — Treatment of cervical and broad ligament fibroids (*Irish. M. L. Sc.*, pp. 518-521, Aug. 1935).
- CARUSO (P.). — Impacted and incarcerated cervical fibroid complicating pregnancy : supravaginal hysterectomy (*Am. J. Obstet. Gyn.*, 33 : 696-697, April 1937).
- CHRISTOPHER (F.). — Large fibromyoma of cervix, case report (*Am. J. of Obst. Gyn.* (St-Louis), 1926, XI, 5, 668).
- CRESSON. — Fibrome pédiculé du col de l'utérus inclus dans le ligament large (*Bull. et Mém. de la Soc. des Chir. de Paris*, n° 6, séance du 21 mars 1930, p. 264).

- CROUSSE (R.). — Trois cas de fibrome très volumineux du col utérin (*Ann. de l'Inst. Chirurg. de Bruxelles*, 1925, XXVI, p. 84).
- DAMBRIN et BERNARDBEIG. — Trois observations de fibromes de l'isthme (*Bull. Soc. Obst. et de Gyn. de Paris*, 1925, XIV, p. 564).
- DELANNOY et DEMAREZ. — Fibrome sous-isthmique du vagin au cours de la grossesse. Myomectomie. Accouchement normal (*Bull. Soc. Obst. Gyn.*, n° 8, octobre 1935, p. 504).
- DE SA (H.). — Three cases of cervical fibroids (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 35 : 331-333, 1928).
- FIRPAROFF. — Fibromyomes de la portion vaginale de l'utérus (*J. A. Rusch. i. Zhens R. Boliez Léningrad*, 1924, XXXV, p. 180).
- FLETCHER (H. N.). — Recurrence of large fibroid from cervical stump after supra vaginal hystérectomy (*Brit. M. J.*, 1 : 300, 16 février 1935).
- GEORGESCU. — Enorme fibrome du col de l'utérus (*Spi-talul*, Bucarest, 1925, XIV, n° 12).
- GINESTOUS. — Fibrome du col utérin (*Sté de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, séance du 29 octobre 1931).
- GNEISSAZ (E.). — Uber das myom der Portio (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 1924, XVI, n° 12).
- HO DAC DI (Hanoï). — A propos d'un prolapsus d'un fibrome utérin compliqué de torsion et de gangrène (*Soc. Obst. Gyn.*, avril 1935, p. 267, rapporteur Docteur MOULONGUET).
- KELLER (R.). — Fibromes à point de départ cervical développé sur le plancher pelvien (*Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 23 : 168-169, février 1934).
- KRIDELKA (L.). — Volumineux fibromes du col utérin (*Soc. Belge de Gyn. et Obst.*, séance du 6 juin 1936, in : *Bruxelles Médical*, n° 34, 21 juin 1936, et n° 48, 27 septembre 1936).

- LABRY (H.) et HSU-PAO-Y. — A propos d'un fibrome isthmique (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, séance du 18 janv. 1933, in : *Lyon Méd.*, 9 avril 1933).
- LAPEYRE et de ROUVILLE. — Fibrome du col de l'utérus (*Soc. des Sc. Méd. Montpellier*, janvier 1914).
- LAVENANT (M. A.). — Pseudo-fibrome de la vessie par invagination d'un fibrome pédiculé du col de l'utérus (*Soc. des Hôpit. de Paris*, 20 mars 1931).
- LE GALL, LA SALLE. — Fibrome du col utérin (*Thèse de Paris*, 1914, n° 435).
- MAHON (R.). — Distocie grave par fibrome du col (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 24 : 566-567, nov. 1935).
- MANSEAU (J.-A.). — Conduite à tenir dans les accouchements dystociques dus à une dégénérescence fibromateuse du corps, du segment inférieur ou du col de l'utérus (*Union Méd. du Canada*, 61 : 422-424, février 1932).
- MAXWELL (J. P.), LEE (S. W.). — Cervical fibroids invading vesicovaginal septum (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 35 : 514-521, 1928).
- MICHEL, BERTRAND et MATHIEU. — Volumineux fibrome de la lèvre antérieure du col de l'utérus (*Sté d'Obst. et de Gyn. de Nancy*, séance du 18 mars 1936, in : *Rev. Méd. de Nancy*, n° 8, 15 avril 1936, p. 298).
- MOURGUES, MOLMES, FAYOT. — Fibrome du col de l'utérus et rétention d'urine (*Arch. Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier*, 10 : 38-43, janvier 1929).
- RAYNAL. — Contribution à l'étude des fibromes du col de l'utérus (*Thèse de Montpellier*, 1938).
- RICHE, AUSSILLOUX. — Fibrome de la portion sus-vaginal du col utérin (*Soc. Obst. Gyn. Marseille*, séance du 7 juin 1930, in : *Bull. Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, n° 7, p. 565, juillet 1938).

- SASSARD (Pierre). — Volumineux fibrome de l'isthme utérin (*Soc. de Méd. et de Sc. Méd.*, séance du 11 juin 1930).
- SCHAEFFER. — Intrazervikales myom (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Stuttgart, 1925, XXXIX, p. 463).
- SÉJOURNET (P.). — Volumineux fibrome du col de l'utérus remplissant tout le vagin ablation par morcellement : guérison (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1923, XII, 1 et *Gyn.*, Paris, 1923, XXII, p. 221).
- TESSITTOIRE (N. J.). — Case report : pregnancy complicated by cervical fibroid (*Tri state M. J.*, 8 : 1708-1710, septembre 1936).
- TRAISSAC (R.). — Fibrome du col de l'utérus (Observation et présentation de pièces) (*Soc. de Méd. et Chirurg. de Bordeaux*, séance du 29 octobre 1931).
- VANVERTS (J.). — Fibrome du col utérin (*Soc. Gyn. et Obst. de Lille*, 23 déc. 1925, et *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1926, XV, p. 174).
- VILA (E. L.), SCHLOSSBERG (T.). — Tres observaciones de fibromas del cuello utérino (*Semana Med.*, 1 : 344-348, 7 février 1929).
- VILLA (E. L.), VIRIOT (J. A.). — Seis observaciones de fibromiomas del cuello utérino (*Bol. Soc. Obst. y Gyn.*, 9 : 548-559, 30 décembre 1930).
- ZERI (P.). — Fibromi ulcerati del collo utérino difficilmente differenziabili da epiteliomi (*Riv. d'Obst. et Gyn. prat.*, 14 : 18-24, janvier 1932).

